

Zahnärzte Ruck – Anmeldeformular

Dr. Anne Ruck

Dr. Siegfried Ruck M.Sc.

Eisenmannstraße 4

80331 München

Tel.: (089) 263431

Fax: (089) 264624

www.zahnaerzte-ruck.de

info@zahnaerzte-ruck.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nehmen Sie sich bitte einen Moment Zeit, diesen Anmeldebogen zu beantworten. Er ist Bestandteil Ihrer Karteikarte, unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und dient dazu, Sie und Ihre Wünsche und Bedürfnisse kennen zu lernen.

Patient

.....
Name Vorname geb.

.....
PLZ/Ort Straße/Hausnummer Telefon

.....
Mobil E-Mail

Versicherter (bitte ausfüllen, falls abweichend von Patient)

.....
Name Vorname geb.

.....
PLZ/Ort Straße/Hausnummer Telefon

.....
Mobil E-Mail

.....
Beruf Arbeitgeber

Krankenkasse/Versicherung

Freiwillig versichert zusätzlich versichert Beihilfeberechtigt

Zahnärzte Ruck – Anmeldeformular Seite 2

Allgemeiner Gesundheitszustand

Hausarzt/Facharzt (Name/Adresse/Telefon) _____

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, wegen welcher Erkrankung _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Herz-/Kreislaufkrankungen? ja nein _____

Blutdruck niedrig normal hoch

Herzschrittmacher ja nein

Herzklappenfehler/Herzklappenprothese ja nein

Endocarditisprophylaxe mit Antibiotika nötig ja nein

Blutgerinnungsstörungen ja nein

Nehmen Sie Medikamente die die Blutgerinnung hemmen? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, Tbc, HIV/AIDS usw.) ja nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien, Überempfindlichkeiten ja nein

Wenn ja, welche (Medikamente/Materialien)? _____

Allergiepass? ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Schilddrüsenerkrankungen ja nein

Nierenerkrankungen ja nein

Lungenerkrankungen/Asthma ja nein

Skelett/Knochenerkrankungen ja nein _____

Wurden oder werden Sie mit Bisphosphonaten behandelt ja nein

Wenn ja, welches Präparat? _____

Sonstige Erkrankungen? _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein welcher Monat? _____

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel pro Tag ja nein _____

Zahn – Mund –Kiefer

Was ist der Grund Ihres Zahnarztbesuches – haben Sie ein besonderes Anliegen?

Wurden Sie empfohlen? Durch: _____

Zahnfleischbluten (Rückgang) ja nein

Kiefergelenksbeschwerden (Geräusche o.ä.) ja nein

Sind Sie mit dem Aussehen Ihrer Zähne zufrieden? ja nein

Letzte zahnärztliche Röntgenuntersuchung/-aufnahme? _____

Möchten Sie an die nächste Kontrolluntersuchung erinnert werden? o ja o nein

Legen Sie Wert auf eine Behandlung unter lokaler Betäubung? o ja o nein

Haben Sie besondere Beratungswünsche (z.B. Implantate, Ästhetische Zahnheilkunde, Keramikfüllungen und -kronen, Aufhellung/Bleaching, Professionelle Zahnreinigung und Prophylaxe, Parodontitis („Parodontose“)behandlung, Laser?) o ja o nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte beachten Sie, dass die Fahrtauglichkeit nach einer lokalen Betäubung eingeschränkt ist. Teilen Sie uns bitte Änderungen in Ihrem Gesundheitszustand baldmöglichst mit.

_____ Datum